FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1922 N° 17

THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Félix MARIVINT

Né à Mauron (Morbihan) le 13 Juillet 1897

Contribution à l'étude des lésions dystrophiques du tissu cellulaire sous-cutané „La Cellularie et la Cellulite"

Président : Mr L. SENCERT, professeur

STRASBOURG
Imprimerie Ch. & J. Goeller, 16 Rue Ste Madeleine
1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1922 № 17

THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Félix MARIVINT

Né à Mauron (Morbihan) le 13 Juillet 1897

Contribution à l'étude des lésions dystrophiques du tissu cellulaire sous-cutané „La Cellularie et la Cellulite"

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : Mr L. SENCERT, professeur

STRASBOURG
Imprimerie Ch. & J. Goeller, 16 Rue Ste Madeleine
1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	WEISS O. ✻ ✪ I.
Assesseur		BOUIN ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie.	MM.	ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie		FORSTER ✪ A.
Histologie		BOUIN ✻ ✪ I.
Physiologie		N . . .
Physique biologique.		WEISS O. ✻ ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✪ I.
Anatomie pathologique . . .		MASSON ✪ A.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		AMBARD ✪ A.
Hygiène, Bactériologie. . . .		BORREL O. ✻ ✪ I.
Médecine légale		CHAVIGNY O. ✻ ✪ I.
Clinique médicale		BARD O. ✻ ✪ I. BLUM Léon ✻ ✪ A.
Clinique chirurgicale		SENCERT O. ✻ ✪ I. STOLZ ✻ ✪ A.
Clinique ophtalmologique. . .		DUVERGER ✪ A.
Clinique dermatologique . . .		PAUTRIER ✻ ✪ A.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✪ A.
Clinique neurologique		BARRÉ ✻ ✪ A.
Clinique oto-rhino-laryngologique		N . . .
Clinique gynécologique et accouchement		SCHICKELÉ ✪ A.

Chargés de cours

MM. ARON Max ✪ A.	MM. HUGEL ✪ A.
BELLOCQ ✪ A.	KELLER ✪ A.
BLUM (Paul) ✻ ✪ I.	LICKTEIG ✪ A.
BOEZ (Méd. d'argent épidémies)	REEB ✪ A.
CANUYT	ROHMER ✪ A.
FONTÈS	SCHAEFFER ✪ A.
GELMA ✪ A.	SCHWARTZ ✪ A.
GÉRY ✪ A.	STROHL, agrégé ✪ A.
GUNSETT ✪ A.	VAUCHER ✪ A.
HANNS ✻ ✪ A.	WEILL ✪ A.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

faible témoignage de ma sincère affection

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS SENCERT

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Strasbourg

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Officier de la légion d'honneur

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui en témoignons une sincère reconnaissance

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BLUM

Chargé de cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg

Chevalier de la légion d'honneur

que nous ne saurions trop remercier de nous avoir inspiré et aidé dans la realisation de ce travail

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Avant-Propos

Au début de ce travail qui marque le terme de mes études médicales, il est un devoir d'autant plus agréable à remplir, qu'il est pour moi une dette de reconnaissance et un plaisir, c'est de remercier les maîtres qui m'ont enseigné l'art de ma profession et qui en m'apprenant ce que je sais m'ont facilité la tâche en me la faisant aimer.

A Strasbourg, Monsieur le Professeur Bard a bien voulu m'admettre dans son service; il m'a été facile de recueillir un enseignement précieux auprès de ce maître expérimenté. Qu'il veuille bien recevoir ici l'assurance de ma sincère reconnaissance.

A mes maîtres de l'Ecole de Médecine de Rennes, et tout particulièrement à Messieurs les Professeurs Bodin, Marquis, et au Docteur Le Gall La Salle, j'adresse, avec mes remercîments, l'assurance de mon profond attachement.

J'ai trouvé dans la préparation de ma thèse une bienveillante sympathie et de judicieux conseils auprès de Monsieur le Docteur Paul Blum auquel je reste doublement reconnaissant, tant pour l'inspiration de ce sujet, que pour les leçons cliniques et thérapeutiques que j'ai pu recueillir à ses côtés.

Je dois en outre une reconnaissance toute spéciale à mon Père, qui, par les sages conseils qu'il m'a toujours si affectueusement prodigués, essaya de me faire bénéficier de l'expérience qu'il a pu acquérir au cours de trente années de pratique médicale.

INTRODUCTION

Les graisses sont des éléments constants du protoplasma; on en distingue deux groupes essentiels: les graisses neutres qui sont des triglycérides, et les lécithines qui sont des graisses complexes, phosphorées et azotées. On admet qu'elles représentent bien plutôt des éléments de réserve que des éléments constituants des cellules, parceque leur quantité varie dans des limites extrêmement étendues selon l'état de nutrition ou de fonctionnement des tissus. (1)

Normalement la production des graisses se fait à partir des graisses alimentaires, des Hydrates de carbone ou des matières protéiques (mais la transformation des albumines en graisse n'est pas démontrée).

Les graisses sont transportées de la surface d'absorption intestinale au lieu où s'opère soit la destruction, soit la mise en réserve de cet élément. Le but des réserves, est de venir en aide au moment des besoins; mais la surcharge graisseuse peut être trop considérable soit qu'il y ait réserve en excès, soit insuffisance du processus de destruction. La graisse n'étant plus utilisée ou produite en excès, arrive à former une dystrophie du tissu cellulaire où l'organisme l'a mise en réserve. C'est l'obésité, hypertrophie généralisée du tissu cellulo-adipeux par accumulation de graisse ou l'adipose s'il s'agit de formes partielles.

(1) ARTHUS - Physiologie élémentaire - Masson, Editeur

La multiplicité des théories pathogéniques pour expliquer le mécanisme intime de production de l'obésité témoigne de la difficulté d'en donner une explication exacte. Nous rappelons toutefois les principales théories emises sur ce sujet: suralimentation, ralentissement de la nutrition, origine trophonévrotique, origine glandulo-vasculaire-sanguine.

Quoiqu'il en soit, obésité et adipose dépendent d'un état pathologique, ayant comme manifestation un excès de graisse dans le tissu cellulaire donnant lieu à des lésions dystrophiques.

Pour quelques auteurs, la graisse ne serait pas seule productrice de l'obésité. Chez certains malades il y aurait plutôt surcharge d'eau, qu'encombrement par les graisses. Ce fait résulte d'un déséquilibre dans l'hydratation des tissus (J. CAMUS et ROUSSY). A l'état de maladie il y aurait modification du rapport normal entre l'eau et les tissus, soit qu'une rétention de sel ait déterminé une rétention d'eau concomittente et inversement, soit à cause d'un changement de l'Hydrophilie des tissus, sous l'action de quelque agent toxique, soit enfin pour d'autres causes, encore mal connues: facteurs nerveux, alimentaires, etc. (1)

Nous n'avons pas à nous étendre ici sur ces considérations; nous constaterons simplement qu'il y a des troubles dystrophiques du tissu cellulaire dus en partie à la graisse et que les manifestations qu'ils présentent ont été décrites sous des noms très variés.

Nous avons relevé de nombreuses descriptions dont quelques unes sont déjà classiques; les auteurs en décrivant des syndrômes auxquels ils ont souvent donné leur nom, ont vu une forme qu'ils ont isolée et décrite

(1) LAMBLING - Précis de Biochimie - Masson, Editeur.

avec des symptômes bien définis. La maladie de Dercum, le syndrome adiposo-génital de Fröhlich, l'adénolipomatose de Launois et Bensaude, etc.... existent, mais si dans ces formes cliniques il y a des signes particuliers à chacune d'elles, il n'en reste pas moins vrai qu'on ne peut pas établir de cloisons étanches entre elles. Ce sont touts des cellularies ou des cellulites.

La fréquence des lésions dystrophiques du tissu cellulaire a permis la publication de nombreuses observations cliniques, concernant des malades atteints de troubles peu différents les uns des autres et classés sous des titres particuliers à chacun d'eux. Nous nous sommes demandé s'il ne serait pas possible de ramener toutes ces formes à des groupes plus généraux. Depuis les obésités généralisées jusqu'au plus petit noyau localisé dans le tissu cellulaire, toutes les formes sont observées. En les étudiant on constate d'une part des troubles dystrophiques qui évoluent insidieusement, et d'autres types plus marqués, souvent douloureux. Le symptôme douleur lui-même peut revêtir une intensité variable, allant de la simple algie jusqu'à la sensation de déchirure dans les tissus.

Après avoir signalé les principales formes décrites nous verrons comment elles ont été interprétées par les uns et par les autres, puis nous proposerons de grouper sous des titres plus généraux les manifestations pathologiques du tissu cellulaire. Les observations cliniques de quelques malades termineront cette étude qui se basera sur les idées suivants:

Il y a des malades qui ressentent des douleurs diffuses accompagnées d'une tension particulière de la peau (peau en orange quand on la plisse). Chez ces individus on ne trouve ni arthrite, ni névralgie, ni phlébite, bref, aucune des causes signalées habituellement

comme pouvant donner ces douleurs. Celles-ci ont comme point de départ le tissu cellulaire sous-cutané et tiennent à une localisation dans ce tissu de toutes les causes susceptibles d'agir sur les articulations, les séreuses, les veines ou les nerfs. Ces facteurs étiologiques sont toxiques, comme dans le saturnisme, infectieux comme dans le rhumatisme articulaire aigu, circulatoires comme dans la polysclérose viscérale, nerveuses dans le tabes (crises gastriques par exemple), diathésiques comme dans le rhumatisme chronique ou la goutte, endocriniennes comme dans les dystrophies osseuses (acromégalie).

Au nom de la pathologie générale qui a pour principe de partir de phénomènes pathologiques connus, pour aboutir à des formes que l'on connait moins, nous essaierons d'expliquer les lésions dystrophiques du tissu cellulaire par des lésions similaires que nous connaisons mieux. Ne peut-on pas songer à réunir dans une même description tout en leur conservant des formes cliniques variées et des localisations différentes, tous ces troubles du tissu cellulaire auxquels les auteurs ont voulu donner à chacun en particulier une trop grande individualité.

Nous voulons parler de la maladie de DERCUM, du syndrome adiposo-genital de FRÖHLICH, des lésions de l'os médullaire, de l'adeno-lipomatose de LAUNOIS et BENSAUDE, de la lipomatose généralisée, de la cellulite rhumatismale, et d'autres encore qui sont toutes des lésions dystrophiques du tissu cellulaire.

Toutes ces variétés ne sont-elles pas des formes cliniques particulières de la cellularie ou de la cellulite ? C'est ce que nous nous sommes proposés d'étudier dans ce travail.

Nous entendons par CELLULARIE les hyperplasies du tissu cellulaire en général, et par CELLULITE, les

mêmes phénomènes avec un élément douloureux et inflammatoire surajouté.

Nous signalerons d'abord toutes les descriptions qui ont été données par les auteurs et qui se rapportent à des lésions dystrophiques du tissu cellulaire, ensuite les doctrines pathogéniques qui ont été proposées, puis nous essaierons de montrer que toutes les causes envisagées peuvent intervenir et si la pathogénie en est disparate, le syndrome qui est en rapport reste le même dans sa forme générale et ne varie que par les localisations.

CHAPITRE I

Les lésions dystrophiques et douloureuses du tissu cellulaire

Sous le titre un peu vague de lésions dystrophiques nous ne comprenons aucune entité morbide, mais un ensemble de symptômes qui se groupent plus ou moins nombreux pour former des états pathologiques. Envisageons d'abord les formes douloureuses.

Parfois c'est la douleur seule qui appelle l'attention, elle siège dans le tissu cellulaire plus ou moins profondément. Son intensité est variable. C'est quelquefois sous forme d'agacement de la peau, de fourmillement sous-cutané. DERCUM l'a décrite sous une forme imagée où le malade sentait, dit-il, „un tas de vers grouillant sous la peau.“ Plus souvent ce sont des picotements, des piqûres. Chez une de nos malades où nous avons porté le diagnostic de cellulite, c'est une sensation de déchirure qui se réveille au moindre mouvement de mobilisation de la peau sur les plans profonds. La douleur est quelquefois plus importante que l'adi-

pose et la précède dans la symptomatologie. Le malade éprouve des douleurs lancinantes depuis longtemps, on pense à une sciatique si leur siège prête à la confusion où à une névrite, on n'attache pas d'importance à l'adipose, on ignore la cellutite.

Les douleurs spontanées, surtout au début de la maladie, surviennent sous forme de paroxysme comme de véritables névralgies, d'où confusion possible. Les douleurs provoquées dans les masses graisseuses sont plus constantes. La pression nécessaire pour les réveiller est variable suivant le siège en profondeur. Elles sont plus marquées dans les points envahis pâr la graisse en surcharge, parceque la mobilité des téguments est plus prande. La première observation de cellulite publiée en France est celle de MOROT et GALLOIS dans la Bourgogne Médicale 1894. Ces auteurs décrivent chez un homme des troubles dystrophiques du tissu cellulaire sous le nom d'adipose localisée d'origine trophonévralgique, les douleurs étant analogues à celles des névrites, mais leur maximum siégant dans la région la plus adipeuse.

A côté de ces formes très douloureuses, nous avons celles où quelques algies rapellent de temps en temps au malade la présence d'un trouble dans un point donné. Ces algies en général méconnues sont attribuées aux causes les plus diverses. Tantôt une augmentation de volume de la région douloureuse révèle un tissu cellulaire abondant au milieu duquel on découvre, dans certains cas, des noyaux durs et particulièrement sensibles. L'oedeme peut accompagner les lésions d'hypertrophie. L'état général se modifie dans quelque cas, on voit apparaître des troubles psychiques, de l'asthénie.

C'est suivant la prédominance de certains troubles accessoires, où d'après une localisation plus fréquente que les auteurs ont cru pouvoir classer dans un type bien défini des manifestations qui ne doivent pas être isolées en autant de formes diverses. Dans certains cas la douleur s'ajoute à l'adipose. Des masses de tissu graisseux recouvrent en général ou tout au moins font partie de l'élément douloureux. Des nodosités sont facilement isolées par les doigts qui palpent et provoquent une sensation aigue chez le malade. Nous avons l'adipose douloureuse.

En 1888, DERCUM de PHILADELPHIE, donna son nom à l'adipose douloureuse, en décrivant les symtômes que nous venons de signaler et en outre de l'asthénie avec troubles psychiques. Nous n'avons pas à décrire ici la maladie de DERCUM. Ajoutons seulement aux signes énumérés plus haut leur localisation habituelle. Ces formations graisseuses ne siègent pas nécessairement sur le trajet des troncs nerveux; elles sont spontanément douloureuses, par crises, dans la majorité des cas; on réveille la douleur par la palpation. DERCUM et d'autres après lui ont noté que l'anatomie pathologique montrait du tissu muqueux embryonnaire, se transformant en tissu adipeux pour aboutir à la sclérose. En outre ils ont trouvé des lésions de névrite interstitielle dans les masses graisseuses. Les données sur la pathogénie de la maladie de DERCUM ne sont pas encore bien au point; pour l'auteur, c'est l'atrophie du corps thyroide qui est la cause la plus fréquente de ces manifestations. BURR signale l'hypertrophie de la glande pituitaire; le même a montré que l'ablation des ovaires provoquait des manifestations analogues à la maladie de DERCUM.

Nous rapprochons de cette forme le syndrome décrit par FROEHLICH en 1901 sous le nom de Adiposo-génital. Il est admis que l'acromégalie est une manifestation des troubles de la glande hypophyse; mais la lésion de cette glande donne lieu à d'autres symptômes. FROEHLICH en décrivant le syndrome qui porte son nom, a montré que les tumeurs hypophysaires provoquent des troubles du côté des organes génitaux, avec hypoplasie de ces organes et adiposité, la douleur se joignant quelquefois au développement des masses adipeuses.

Les lésions de l'hypophyse ou son augmentation de volume produisent un accroisement exagéré de l'os médullaire, tandis que l'os périostique se réduit à une couche très mince. Ces manifestations sont le plus souvent localisées aux mains. Ne pourrions-nous pas voir un rapport entre ce développement éxagéré de l'os médullaire et la formation de masses cellulaires dans le tissu conjonctif quelle que soit sa localisation? La lésion du corps pituitaire ne peut-elle pas produire ailleurs que dans le système osseux cette prolifération cellulaire? Nous ne pouvons pas nous y arrêter sans nous écarter de la question; mais si ce sont là des manifestations incontestables des troubles de l'hypophyse, la cellulite chronique ou mieux la cellularie sans manifestations douloureuses, pourrait aussi être en rapport avec des lésions de même ordre. Nous avons pu voir que de nombreuses études ont été consacrées à ce sujet, nous les aborderons plus loin.

L'adipose et la douleur ont formé la base des syndromes dont nous venons de parler. Dans le tissu cellulaire on peut observer aussi la douleur sans adipose généralisée, mais avec quelques nodosités dans le tissu

graisseux. La douleur n'est pas spontanée, mais provoquée par les mouvements ou le palper. On a donné le nom de cellulite à un ensemble de troubles analogues. Mais cette dénomination ne répond pas au sens que nous donnons au terme cellulite qui pour nous est plus général. Ce mot et sa terminaison „ite" surtout, impliquent l'idée d'une affection inflammatoire du tissu cellulaire. Or nous verrons que cette dénomination ne saurait convenir à une lésion dont la chronicité est la règle et les accidents aigus secondaires ou passagers. STAPFER dans les annales de Gynecologie de 1892, définit la cellulite: „œdèmes localisés, douloureux, apyrétiques du tissu conjonctif, sans tendance à la suppuration". Plusieurs auteurs emploient le terme cellulite et nous l'avons nous-même placé dans une de nos observations bien qu'il ne réponde pas exactement aux lésions. Nous n'avons pas voulu forger un mot qui aurait pu être barbare sans être plus précis.

D'autres formes encore ont été décrites, ayant pour symptômes essentiels adipose et douleur. Nous citerons par exemple l'adéno-lipomatose de LAUNOIS et BENSAUDE où les productions graisseuses et la douleur sont localisées à la région cervico-faciale et des deux côtés de la ligne blanche abdominale.

La lipomatose douloureuse symétrique a été rapprochée et identifiée avec la maladie de DERCUM dans un article de la Semaine Médicale du 8 Juillet 1903, après en avoir été différencié dans de nombreuses publications que nous avons pu relever au cours de nos recherches.

Nous avons cru intéressant de relater plus loin dans un exposé rapide, les idées émises sur la

pathogénie des troubles dystrophiques du tissu cellulaire. Il n'y a pas à vrai dire, de théories bien isolées, mais en groupant en trois classes les idées des différents auteurs qui ont étudié la question, nous faisons remarquer que cette classification bien arbitraire n'a d'autre but que de faciliter l'étude et l'exposition des idées émises jusqu'à présent.

CHAPITRE II

Lésions dystrophiques et non douloureuses du tissu cellulaire sous-cutané

L'étude des lésions dystrophiques du tissu cellulaire serait incomplète si nous envisagions seulement les cellulites. Il existe de nombreuses manifestations indolores, qui de ce fait passent souvent inaperçues ou n'attirent pas l'attention des malades. Ce sont cependant des phénomènes pathologiques; ils se manifestent soit au début, soit au cours de syndromes connus. Il est difficile de donner une définition de la cellularie tant est grande la variété de ces manifestations. Couramment on dit oedème, adipose, là où il n'y a que cellularie; celle-ci peut se joindre aux oedèmes à l'adipose ou à l'obésité. C'est une réaction du tissu cellulaire sous des influences variées, circulatoires, nerveuses, mécaniques, toxiques, mais sans processus inflammatoire.

Si par exemple nous insuflons de l'air dans le tissu sou-cutané dans un but thérapeutique (sciatique) il se produit une cellularie dans toute la région. Quel est donc le mécanisme de la cellularie?

Le rôle de la circulation dans les états de stase est trop connu pour que nous nous y arrêtions. La transsudation du sérum sanguin produit une cellularie qui précède puis fait partie de l'œdème. On doit accorder une attention toute particulière aux œdèmes d'origine lymphatique. Dans un article de M. L. ALQUIER nous avons trouvé des remarques forts intéressantes à ce sujet. L'engorgement lymphatique peut déterminer l'œdème par stase de la lymphe; il est souvent dû au traumatisme. Celui-ci, même après la disparition des troubles dûs à la contusion (cellularie des ecchymoses) peut donner lieu à un œdeme permanent avec sensation de pesanteur ou d'engourdissement. C'est une cellularie par barrage lymphatique. Dans ces cas on ne trouve aucun signe de stase veineuse et la sensibilité cutanée est suffisante pour écarter une lésion névritique. Les cicatrices traumatiques ou chirurgicales réunissent les conditions de barrage mécanique; la cellularie prend naissance au-dessus de l'obstacle entourant peu à peu toute la région traumatisée.

Les troubles de la nutrition générale produisent des œdèmes s'accompagnant de cellularie. Dans ces cas on observe le plus souvent les symptômes cardinaux de l'arthritisme, qu'ils ne faut pas confondre avec l'obésité. L'œdème s'installe autour des nodosités préexistantes de cellularie rhumatismale, les masque, puis les enfouit. C'est alors, dit M. ALQUIER, qu'apparaît une poussée fluxionnaire, les masses deviennent douloureuses, peu à peu l'œdème et l'endolorissement augmentent; la cellulite est formée.

Le fait primitif dans les cas envisagés ici, est l'induration ou la nodosité dues à un engorgement lymphatique ou veineux; l'œdème est le fait secondaire, résultat de la stase de la lymphe ou du sang dans les

vaisseaux de l'une des deux circulations. On peut observer des nodules de cellularie, chez des femmes qui à la période prémenstruelle présentent un état congéstif de tout le bassin. „Ces noyaux s'entourent d'une péricellulite œdemateuse“ (ALQUIER). Le mécanisme produisant une forme de cellularie (obésité vasculaire pour certains auteurs) peut être d'origine cardiaque: ralentissement du courant qui aboutit aux manifestations de la stase sanguine.

Peut-être peut-on voir dans le début de l'obésité une cellularie. L'homme normal n'engraisse pas avec l'âge, l'embonpoint chez l'adulte vers la trentaine est de toute banalité, mais n'est pas normal. Sa fréquence est telle qu'on n'y voit pas un état pathologique; il faut qu'un individu atteigne 100 Kg pour que le public se rende compte qu'il est malade. M. HECKEL, dans son traité sur les grandes et petites obésités dit, que c'est une erreur de considérer la graisse en réserve comme utile et susceptible de rendre service en cas de maladie. Si donc les „gras“ avec réaction du tissu adipeux sous-cutané ne sont pas encore des obèses, nous les classerons dans ce chapitre puisque leur tissu cellulaire est le siège d'une réaction qui peu à peu aboutira à l'obésité.

La toxicité des graisses peut aussi jouer un rôle dans l'hyperplasie cellulaire.

Dans certains états pathologiques, le tissu graisseux n'est pas atteint directement; il y a d'abord infiltration du tissu cellulaire, puis peu à peu s'établit l'oedème. A la cellularie par stase sanguine ou lymphatique il faut joindre les états dyscrasiques qui s'accompagnent souvent d'une augmentation de volume de la région atteinte. Nous voulons parler des oedèmes arthritiques; ils ont été classés par plusieurs auteurs sous des noms différents. L'hydropisie simple du tissu cellulaire chez

l'arthritique est une manifestation fréquente. L'oedème plus ou moins résistant n'est pas douloureux et n'affecte pas de lieu d'élection; il apparaît d'emblée et ressemble à l'oedème des cardiaques sans que les malades présentent d'affection du coeur ou des reins (1).

Cet oedème rhumatismal est très différent de l'oedème périarticulaire des rhumatisants, le premier seul rentre dans le cadre de la cellularie; on peut y joindre une autre forme de nodosités rhumatismales sous-cutanées, indolores qui apparaissent rapidement pour disparaître aussi vite qu'elles ont apparusans laisser de traces.

Une autre variété d'oedème qu'il serait possible de joindre ici, est celui décrit par QUINCKE: Circonscrit, indolore, fugace. On en a fait jusqu'ici un oedème angio-neurotique et pourtant dans plusieurs cas il semble qu'il y ait en outre un rapprochement à faire entre les fonctions glandulaires et l'apparition de ces oedèmes.

Les troubles dystrophiques du tissu cellulaire d'origine dyscrasique sont en général dus à une altération des vaiseaux du sang. Il en est cependant dont on trouve la cause dans les lésions des nerfs vasomoteurs. Les blessures de guerre qui ont intéressé les nerfs périphériques ont montré fréquemment des infiltrations sans qu'il y ait oblitération sanguine ou lymphatique. Dans ces cas on pensait plutôt à un oedème fruste d'origine nerveuse; ces troubles trophiques méritent d'être classés dans la cellularie. Le plus souvent cependant les lésions vaso-motrices sont accompagnées d'une réaction douloureuse et forment des états cellulitiques.

(1) HUCHARD — Consultations cliniques et thérapeutiques.

GEOFFROY de SAINT-HILAIRE qui a bien étudié les oedèmes abdomino-pélviens les divise en deux variétés. 1° oedème séreux, simples troubles fonctionnels s'observant chez des femmes dont les organes génitaux sont indemnes; 2° oedèmes fibro-plastiques qui accompagnent ou précèdent les affections de l'ovaire, de la trompe ou de l'uterus. Ceux-ci ne sont plus de simples troubles fonctionnels, ils sont sous la dépendance le plus souvent d'un processus inflammatoire subaigu qui les engendre, et persistent quand cette inflammation a disparu. Ils passent à l'état chronique avec infiltration et hyperplasie conjonctive. Les oedèmes séreux, dit-il ne sont que l'exagération de ce qui se passe normalement dans les tissus. La lymphe qui les imprègne est un produit de transsudation du sang. L'oedème séreux, résultat d'une circulation anormale, peut-être considéré comme une cellularie et la forme fibro-plastique de GEOFFROY de SAINT-HILAIRE est une cellulite.

CHAPITRE III

Les Théories

I° Théories des troubles de la Nutrition

La dystrophie cellulaire inflammatoire est un trouble du au ralentissement de la nutrition. Telle est la conception de certains auteurs. Cette manisfestation accompagne l'obésité, l'artério-eclérose, la goutte, et sa fréquence est grande dans les stations thermales, à VITTEL par exemple où viennent chaque année de nombreux arthritiques. HANRIOT, dans une étude sur la cellulite, la divise en deux classes: l'une à prédominance abdomino-pélvienne (affection gynecologique) très voisine du syndrome de FROEHLICH, l'autre à localisation variable dans tout le tissu cellularie sous-coutané. En 1897 STAPFER fait de la cellulite une présclérose sans apporter de preuves anatomiques. Dans ce terme il englobe toutes les manifestations morbides décrites sous des noms variés: périoophorite, périsalpingite, qui sont pour lui des oedèmes douloureux. En 1906 poursuivant son étude dans son manuel de Kynésithérapie gynécologique il

attribue ces troubles abdomino-pelviens généralisés à une mauvaise circulation. En 1909, WETTERWALD, étudiant les névralgies du tissu cellulaire, attribue à une perturbation vaso-motrice le ralentissement de la circulation prodisant les douleurs des masses cellulaires. Il en cherche la cause dans une intoxication endogène ou exogène. Les arguments fournis par les auteurs qui ont étudié la question sont surtout étiologiques: Les occupations sédentaires, le manque d'exercices favorisant le ralentissement de la circulation, (on l'observe pourtant chez des travailleurs manuels fournissant de gros efforts), les modifications brusques de la tension sanguine produisant un œdème local qui se sclérose avec le temps (chute, opération, choc nerveux), les intoxications professionnelles, plomb, phosphore, l'alcoolisme, le tabagisme, la morphine, et surtout l'arthritisme (où le tissu conjonctif serait moins résistant qu'à l'état normal). On rencontre souvent chez des arthritiques, fils d'arthritiques, des manifestations douloureuses du côté du tissu cellulaire.

HANOT signala en 1893 une cellulite, qu'on a reconnu depuis, être du rhumatisme musculaire chez un arthritique à hérédité très chargée. Les auteurs qui expliquent les troubles dystrophiques du tissu cellulaire par un ralentissement de la nutrition font tous ressortir la valeur de l'hérédité et l'influence du terrain. Nous ne discutons pas les faits qu'ils avancent, mais nous nous opposons à voir dans la diathèse arthritique seule, la cause de ces lésions, en lui reconnaissant toute fois un rôle important. FERRAND en 1911 étudiant la question, conclut que l'hérédité directe aussi bien que névropathique, ou la diathèse arthritique, ne semblent pas jouer un rôle considérable dans la formation des cellulites. D'autres ont incriminé l'alcoolisme, la syphilis; la tuberculose signalée par BERNARD à la Société

Médicale en 1907 ne semble pas avoir une influence directe sur les lésions du tissu cellulaire; dans les cas observés elle est souvent concomitante. Nous avons relevé des cas signalés où des lésions péri-articulaires étaient manifestement de la cellulite, secondaire à la lésion tuberculeuse articulaire probable. On a cherché dans les causes générales des maladies de la nutrition une explication des dystrophies cellulaires. Les intoxications exogènes (maladies infectieuses) ou endogènes (diathésiques, endocriniennes) ont été le plus souvent incriminées. Elles retentissent sur le tissu cellulaire par l'intermédiaire du système nerveux, ce qui nous conduit à l'étude des théories nerveuses.

II° Théories nerveuses

Plusieurs auteurs ont signalé des troubles dystrophiques du tissu cellulaire et les ont attribués à une origine nerveuse.

LANCEREAUX en 1883, a décrit des Hydropisies névro-pathiques qui se révèlent sous forme de tuméfactions oedémateuses, limitées, peu étendues, douloureuses à la pression. En 1884, TESTELIN fait une publication sous le titre „Oedèmes de la diathèse arthritique" se manifestant par un développement anormal de la graisse avec douleurs à la pression. Il les attribue dans un cas à une altération fonctionnelle des centres vaso-moteurs et s'appuie sur ce fait que le même malade présentait des lésions de compression médullaire. LANDOUZY en 1878 (dans la Revue mensuelle de Janvier) signale les manifestation trophiques du tissu cellulaire sous-cutané au cours d'af-

fections nerveuses diverses (tumeurs cérabrales, lésions médullaires). MEIGE en 1889 communique dans la Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière un cas de trophœdème et pense à la possibilité de l'existence dans la moëlle d'un centre trophique du tissu cellulaire. Pour lui les lésions observées, douleurs, algies, seraient dues à un état névro-pathique. Il y aurait une altération du système nerveux régulateur des échanges nutritifs. Cette dernière conception se rapproche de celles exposées en faveur des troubles de la nutrition. Dans l'école de DERCUM on avait pensé à l'hypothèse d'une lésion cérébrale, mais l'autopsie montra une lésion du corps pituitaire, en faveur de la théorie glandulaire. Le sympathique a été pris pour l'agent provocateur des lésions. HASKOVEC de PRAGUE (Revue de Neurologie 1906) signale un cas d'adipose avec douleurs et conclut après examen approfondi à l'origine sympathique de la lésion. Le trouble apporté par cette partie du système nerveux se traduirait par des phénomènes vaso-moteurs. Il ajoute que les rapports entre le sympathique et la fonction des glandes à sécretion interne sont assez étroits pour permettre l'hypothèse d'une combinaison des deux systèmes. En 1904 une thése de LYON (FULCONIS) tend à expliquer la pathogénie des manifestations douloureuses de l'adipose par des lésions de névrite; il réfute l'importance accordée aux lésions médullaires. Les partisans des théories nerveuses apportent à l'appui de leurs arguments: la fréquence de la symétrie des lésions dans l'hyperplasie adipeuse, ce qui paraît en faveur d'une influence du système nerveux qui procède souvent avec symétrie. Les causes des oedèmes d'origine nerveuse sont quelquefois faciles à mettre en évidence (Hémiplégie, Tabès, sclérose latérale amyotrophique par exemple); mails ils

ne sont pas assimilables aux lésions qui nous occupent. CHARCOT attribue l'oedème hystérique à des troubles vaso-moteurs. Dans ces cas là se ne sont pas toujours des oedèmes vrais, et CHARCOT croit plûtot à des altérations de la couche adipeuse. MATHIEU a établi les rapports qui existent entre les différents états morbides, connus sous les noms d'oedème névropathique ou pseudo-lipomes. PETERSON et LOWELAND ont assimilé l'adipose douloureuse à une polynévrite; on leur a objecté que les lésions nerveuses n'expliquent pas certaines formes qui se manifestent et dehors de toute lésion des nerfs. On a cependant observé (FERRAND), que les nerfs périfériques sont le siège évident de névrite interstitielle, avec diminution et atrophie des fibres nerveuses dans les filets sous-cutanés mais non dans le tronc nerveux lui-même. Dans une étude sur la valeur nosologique de l'adipose douloureuse, MIGUEL, expose toutes les maladies à détermination sous-cutanée: éléphantiasis, myxoedème, pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique de MATHIEU, pseudo-oedème catatonique de DIDE, lipomatose de LAUNOIS et BENSAUDE, lipomatose douloureuse symétrique, et conclut que la forme diffuse d'adipose douloureuse dont DERCUM a fait un syndrome bien défini, est à rapprocher des cas d'oedèmes d'origine nerveuse qui forment plusieurs catégories mal classées, qu'on a tendance à diviser à l'infini. SALMON et FERRAND (Gazette des Hôpitaux 1902) appelent adipose nerveuse, certaines manifestations douloureuses du tissu cellulaire qu'ils ont eu l'occasion d'observer. A l'autopsie d'un sujet, DERCUM pensa expliquer la maladie qui porte son nom, par l'observation d'une dégénérescence des cordons de GOLL de la région cervicale et de la région thoracique supérieure. BURR

et Mac CARTHY, dans un cas, ont trouvé que le groupe latéro-externe des cellules de la corne antérieure offraient un léger degré de chromalyse; les auteurs conclurent en faveur de l'origine myelopathique. A leurs arguments se joignent des exemples cliniques journaliers qui nous montrent des troubles du tissu cellulaire, dus à des lésions encéphaliques: „escharres dans l'hémiplégie, tumeurs graisseuses dans la paralysie générale etc". Dans certains cas où on avait supposé des lésions cérébrales on a trouvé à l'autopsie des lésions du corps pituitaire, D'ailleurs une lésion encéphalique explique difficilement les phénomènes dont loureux localisés. Y aurait-il alors atteinte du sympathique? Certains l'ont pensé et incrimiment une toxine ou un poison (alcool, tabac etc.) comme agent provocateur. Différents auteurs expliquent la production de graisse par une polynévrite primitive, la douleur viendrait ensuite. Dans ces cas il y aurait adipose et polynévrite. On a discuté pour savoir laquelle précédait l'autre et on a cherché une solution dans les causes habituelles des névrites périphériques; Intoxications endogènes ou exogènes. Nous en arrivons ainsi à ceux qui ont cherché dans les glandes le point de départ de l'intoxication qui vient jeter le trouble dans le système nerveux adipogène.

III° Théories des troubles de la sécrétion interne

Il est admis aujourd'hui que, les lésions des organes à sécretion interne apportant un trouble dans leur physiologie, aboutissent à différentes manifestations

morbides, décrites sous des formes variées: myxœdème, syndrome adiposo-génital, adipose douloureuse de DERCUM, lipomatose symétrique neuro-fibromatose, adéno-lipomatose, relèvent d'une altération glandulaire constante pour les unes, discutable pour les autres.

Lorsqu'en 1888 DERCUM décrivit l'adipose douloureuse, il avait pensé à l'origine nerveuse des lésions observées et qui s'accompagnaient de névrite interstitielle dans les masses graisseuses. Mais il remarqua la fréquence de l'atrophie du corps thyroïde et son attention fut attirée du côté des organes glandulaires. Peu de temps après BURR signala une hypertrophie du corps pituitaire coincidant avec l'adipose douloureuse. Le même auteur observa des manifestations analogues après l'ablation des ovaires. Les recherches se portèrent dans ce sens, FRÖHLICH décrivit le syndrome adiposo-génital en rapport avec des lésions de l'hypophyse. Dans „The Journal of nervous and mental diseases" avril 1900, Ch. BURR donne comme lésions anatomo-pathologiques la dégénérescence colloïde de la glande thyroïde et des lésions de névrite interstitielle dans les filets nerveux de la graisse sous-cutanée; il signale en outre une association de cellules adipeuses et de cellules conjonctives embryonnaires. Dans un autre cas il s'agit de dégénérescence gliomateuse du corps pituitaire. FRÖHLICH relate dans (Société des médecins de Vienne, 1909) que l'intervention chirurgicale sur une tumeur de la glande pituitaire fit disparaître les manifestations adipeuses et douloureuses. Il en conclut que l'ablation de la tumeur agirait en décomprimant le lobe postérieur de la glande et rétablirait le fonctionnement de sa portion nerveuse. La suppression de la fonction de la glande aurait été pour lui la cause des accidents survenus, le traitement opératoire ayant donné une guérison radicale. SICARD

et ROUSSY (Société Médicale des Hôpitaux de Paris) font jouer un rôle important à l'insuffisance ovarienne non seulement dans le syndrôme adiposo-génital, mais dans les divers troubles du tissu cellulaire. Ils se basent sur les observations qu'ils apportent d'une ménopause précoce coincidant avec de l'adipose douloureuse, et sur deux cas survenus après ovariotomie. CHEINISSE (semaine médicale 1903) signale un cas où des crises douloureuses dans les masses cellulaires des bras et des jambes avaient suivi l'ablation des ovaires chez une femme de 26 ans. Les troubles observés ne sont pas sous la dépendance de telle ou telle glande. Une lésion du thyroïde ne se manifeste pas uniquement par la maladie de BASEDOW, une lésion de l'ovaire ne provoque pas forcément le syndrome adiposo-génital. Les dystrophies du tissu cellulaire semblent être d'origines mono- ou pluriglandulaire; les glandes endocrines peuvent agir isolément ou combiner leurs effets. On trouve à l'appui de ces idées des communications aussi nombreuses que variées. En 1901 CARDUCCI dans „Il policlina seziona pratica" fait un rapport où il réunit dans un même groupe: „le goitre exophtalmique, l'adipose douloureuse, le myxoedème, les troubles nerveux, les dystrophies du tissu cellulaire" et pense à une origine commune par lésions thyrodiennes. Les troubles de l'appareil Thyroidien seraint primitifs et auraient pour conséquences les troubles nerveux ou dystrophiques. Le trouble fonctionnel de la glande retentirait sur le système nerveux dont la réaction modifierait secondairement l'innervation des organes ou l'équilibre de la nutrition.

Les travaux d'ADRIENZEN ont montré le rôle de l'hypophyse comme glande à sécretion interne, son action trophique sur les systèmes nerveux, action des-

tructive servant à neutraliser les matériaux de déchet de l'activité nerveuse. CASELLI a montré l'analogie de fonctions entre la glande thyroide et le corps pituitaire, leur influence réciproque sur le fonctionnement des autres glandes. Nous en arrivons aux conceptions pluriglandulaires, où le rôle exercé par les unes sur les autres explique les cas où la lésion de celle-ci retentit dans le domaine de celle-là; c'est la synergie endocrinienne.

Il semble que la plupart des organes à sécretion interne, hypophyse, thyroïde, génitales surtout, peuvent déterminer des lésions semblables quand elles sont le siège d'un trouble fonctionnel ou d'une altération. On pourrait alors envisager la possibilité d'un syndrome pluri-glandulaire dans lequel rentreraient toutes les formes décrites. Ce n'est pas le but que nous nous sommes proposé. Nous en resterons à l'interprétation qu'il faut donner aux lésions endocriniennes dans leurs rapports avec les troubles dystrophiques du tissu cellulaire.

L'exposé des idées relatives aux manifestations de tous les syndromes ou maladies dont nous venons de parler, nous servira pour aborder plus loin, la pathogénie des cellulites en général.

Nous pensons qu'on puisse considérer toutes les formes connues sous un même angle et les réunir sous un titre plus général.

CHAPITRE IV

Localisations, étiologie symptomatologie générales des lésions dystrophiques du tissu cellulaire

Nous nous sommes demandé s'il ne serait pas possible d'envisager les lésions du tissu conjonctif sous-cutané comme des exagérations d'un processus physiologique normal. Les localisations sont à peu près toujours les mêmes et c'est ce qui a donné lieu à la description de types différents d'après le siège des lésions.

L'hyperplasie du tissu cellulaire sous-cutané est un phénomène physiologique à certaines périodes de la vie. Ainsi à la puberté le développement des hanches est aussi normal chez la femme que celui des seins, bienqu'il soit moins apparent. La grossesse donne un coup de fouet au processus physiologique amorcé à la puberté le développement du tissu cellulaire du bassin devient important et parallèle à celui des seins; c'est ainsi qu'on a pu décrire deux types de développement, une ceinture thoracique supérieure et une ceinture pelvienne. La ménopause vient plus tard et devant la généralisation de l'hyperplasie graisseuse de l'âge critique, on a ten-

dance à prononcer le terme d'obésité, bienqu'elle n'existe pas toujours chez la femme qui touche à la fin de sa vie génitale. Il semble en effet que le développement des masses cellulaires soit un processus physiologique.

La localisation des lésions dystrophiques du tissu cellulaire a des sièges de prédilection qui correspondent aux points graisseux normaux. Nous avons cru intéressant de montrer que la conception d'une ceinture pelvienne ou thoracique supérieure est insuffisante; les réserves de graisse s'accumulent en des lieux de prédilection et ce sont précisément ces points qui deviennent le siège des lésions dont nous avons entrepris l'étude.

Les localisations graisseuses ont le même siège chez l'homme et la femme, mais leur prédominance chez cette dernière devient un des principaux caractères sexuels secondaires; la différenciation morphologique des sexes appartient au squelette d'abord, à la graisse ensuite.

Nous n'envisageons que le tissu adipeux sous-cutané, laissant de côté celui d'interposition.

Au tronc les localisations sont communes aux deux sexes, région mammaire, flancs; sur les limites du torse, pointe des fesses, hanches, bourrelet de la crête iliaque et aux membres, elles sont plus spéciales à la femme. La fesse doit sa forme à la graisse; elle est plus marquée chez la femme, de même le bourrelet graisseux de la hanche. Il existe en outre une localisation graisseuse pré-pubienne. Toutes celles-ci jointes aux points sous-trochanteriens et aux masses graisseuses abdominales contribuent à former extérieurement le syndrome adiposo-genital ou l'adipose généralisée à prédominance pelvienne, lorsqu'elles sont le siège d'une réaction.

La localisation mammaire est rudimentaire chez l'homme; la localisation cervico-dorsale très marquée chez certaines femmes, peut-être le siège d'une hyperplasie; réunies, elles forment le type thoracique supérieur.

Toutes ces localisations n'existent pas chez l'enfant, elles n'apparaissent qu'à la puberté et si leur part est importante dans la réalisation du type sexuel, nous ne devons pas méconnaître leur rôle dans les lésions dystrophiques du tissu cellulaire dont elles sont les points de départ anatomiques. (1)

Les localisations graisseuses sont mieux marquées, plus caractéristiques chez la femme et les troubles dystrophiques correspondants sont aussi beaucoup plus fréquents chez elle que chez l'homme.

Il semble bien qu'il y ait là une exagération des phénomènes physiologiques, sous l'influence de causes variées, qui apportent des modifications en créant des états pathologiques.

L'énumération de toutes les causes des lésions dystrophiques serait trop longue et ne peut pas prendre place ici. Nous venons de dire quelques mots de l'influence du sexe et de l'âge (puberté, ménopause). Le rôle de la prédisposition, du terrain, est indiscutable et c'est souvent chez les arthritiques qu'on observe la cellulite. Les états névropathiques, les syndromes nerveux relevant des troubles du vague et les glandes à sécrétion interne sont aussi des facteurs importants; nous les abordons plus loin. L'alimentation peut jouer un rôle; la suralimentation carnée dans certaines professions (bouchers) produit une auto-intoxication qui

(1) Nous prions Mr le docteur BELLOCQ de recevoir ici l'assurance de notre gratitude pour l'obligeance qu'il a mise à nous faciliter l'étude des localisations graisseuses.

retentit sur le tissu cellulaire après avoir lésé d'autres viscères (foie, intestin). La suralimentation alcoolique se joint aux causes toxiques et favorise l'éclosion des troubles; certains croient même qu'elle puisse les provoquer. Quelques auteurs ont pensé qu'il existait peut-être des synergies morbides, glandulaires, hépatiques, gastro-intestinales, avec retentissement sur le tissu cellulaire. „La mise en branle du système nerveux et spécialement du sympathique, commande toutes les réactions secondaires qu'il règle et parmi elles les sécrétions endocrines; celles-ci influent de leur coté sur le fonctionnement du système nerveux. (4)

Dans certains cas il semble que le rôle de l'individu et celui des sécrétions internes aient la part la plus importante. Et si nous envisageons par ordre de fréquence les facteurs étiologiques des lésions dystrophiques cellulitiques, nous voyons que les lésions nerveuses et endocriniennes tiennent la première place; viennent ensuite les causes toxi-infectieuses d'origine circulatoire ou digestive évoluant sur un terrain propice aux manifestations de la cellulite.

En considérant la symptomatologie de tous les syndromes ou formes décrits, nous relevons dans tous: l'hyperplasie du tissu graisseux, la prédominance chez la femme, particulièrement au cours de la période génitale et la fréquence de la douleur.

Les symptômes varient avec la localisation et l'étendue des lésions. Il y a loin par exemple, de la cellularie rhumatismale sous forme de petite nodosité indolore et fugace, à une cellulite généralisée qui se manifeste dans toutes les régions du corps par des lésions

(4) HECKEL. — Grandes et petites obésités.

douloureuses (Obs. I). Toutes les formes intermédiaires sont possibles; nous les avons relevées au cours de cette étude. Mais si la variété des manifestations est grande il ne faut pas, semble-t-il, comme l'ont fait plusieurs, créer un type pour une localisation donnée; qu'il s'agisse d'une maladie de Dercum d'un syndrome de Fröhlich ou d'une cellulite rhumatismale, il y a dans toutes ces formes des symptômes généraux identiques. En outre, les localisations au niveau de points bien déterminés par l'anatomie ou la physiologie ne peuvent pas donner lieu à la création de types limités et particuliers, comme ceux que nous avons trouvés décrits. Leur liens sont trop proches pour ne pas les classer sous un titre plus général comprenant toutes les formes. D'autre part, le symptôme douleur ne doit pas diviser les troubles dystrophiques entre eux. Nous avons vu que certaines manifestations pathologiques du tissu cellulaire sont indolores; elles se rapprochent cependant des formes douloureuses par d'autres points; elles n'en sont souvent que la phase initiale et relèvent en général du même processus étiologique.

C'est par les formes généralisées qui se manifestent avec tous les symptômes que l'on peut interpréter les formes frustes où un seul signe, l'hyperplasie par exemple, revèle un état lésionnel. L'intensité ou l'absence de l'élément douloureux ne peuvent pas créer une objection à la réunion sous un même titre, de toutes les lésions cellulitiques dont les formes indolores donnent la cellularie.

Nous avons recherché le mécanisme physio-pathologique de la douleur. Dans la majorité des cas il s'agit vraisemblablement de névrite interstitielle produite par

les facteurs que nous avons signalés (toxiques en particulier). Mais la question se pose, et c'est là la difficulté, de savoir si cette névrite est primitive ou secondaire. Est-ce la toxine qui agit sur les nerfs provoquant des lésions de névrite qui déterminent la dystrophie du tissu cellulaire, ou bien celle-ci n'est-elle pas primitive et la névrite secondaire à un état pathologique?

CHAPITRE V

Pathogénie générale

La pathologie générale nous apprend que presque toujours c'est le système nerveux, qui, sous l'influence de causes variées, détermine les lésions douloureuses des organes, dans les régions qui sont sous sa dépendance.

Nous en trouvons de nombreux exemples dans les crises gastriques du tabes, les hypertrophies sous l'influence d'une névralgie ou d'une névrite, les troubles cellulaires post-traumatiques si nombreux pendant la guerre et qu'on attribue à des lésions des plexus sympathiques peri-artériels.

Les nombreux facteurs qui interviennent dans les troubles dystrophiques du tissu cellulaire empruntent suivant les cas des systèmes organiques différents. La circulation joue un rôle important dans leurs manifestations par stase ou barrage des systèmes circulants sang et lymphe. Dès longtemps, Stapfer attribua les troubles cellulitiques abdomino-pelviens à une mauvaise circulation. Peut-être dans certains cas le rôle de l'infection y est-il prédominant. En tout cas le ralentissement du courant ou les modifications brusques de la tension

sanguine semblent n'intervenir que secondairement sous l'influence du système nerveux et les lymphatiques ou les veines sont les voies de transmission des produits toxiques qui déterminent les lésions. C'est en effet sous l'influence des processus toxi-infectieux que se développent fréquemment les cellulites. Les infections déterminent des réactions du tissu cellulaire et dans quelques cas de cellulite abdomino-pelvienne en particulier, avec lésions annexielles plus ou moins marquées, il ne faut pas chercher d'autre mode de production.

Faut-il faire des dystrophies cellulitiques une maladie diathésique et la rapprocher du rhumatisme chronique ou de la goutte comme l'ont pensé certains auteurs? Dans certains cas il est évident que la maladie se développe chez des individus prédisposés, ayant un passé arthritique chargé. L'arthritisme joue son rôle et l'influence du terrain est indiscutable. Mais si nous considérons la cellulite comme une manifestation de l'arthritisme elle se limite à quelques formes et pourtant nous la trouvons en dehors des états dits diathésiques. Reconnaissant l'influence de la prédisposition par l'hérédité, nous ne limitons cependant pas la cellulite à une variété des nombreuses manifestations de l'arthritisme.

Les intoxications qui interviennent semblent agir par l'intermédiaire du système nerveux autant que par la circulation. Dans l'exposé des théories que nous avons signalées on voit attribuer aux centres ou au système périphérique une importance qui se justifie dans quelques cas. Il est constant de trouver des lésions de névrite dans les dystrophies du tissu cellulaire, mais cet état pathologique localisé aux fibres nerveuses semble secondaire à des causes premières qui restent à déterminer. Les lésions des centres aux-

quelles certains auteurs et avec eux Burr et Mac Carthy, avaient cru devoir attacher une importance, ne sont pas assez fréquentes pour qu'on puisse leur attribuer un rôle dans les manifestations cellulitiques.

Le système nerveux intervient secondairement, sous l'influence de toxines exogènes ou endogènes et c'est à lui que revient la pathogénie du symptome douleur. Les troubles du système nerveux adipogène, peuvent porter sur les terminaisons sensitives ou sur les fibres vaso-motrices péri-artérielles. C'est ce qui a conduit à considérer la cellulite comme une polynévrite.

Plus important le rôle du sympathique qui paraît intimement lié aux sécrétions internes, ce qui nous empêche de dissocier ces deux systèmes. Si la fonction thyroïdienne par exemple, peut-être troublée par une lésion du sympathique, on sait aussi que l'excitation de ce nerf provoque une vaso-dilatation du corps thyroïde. Les syndromes endocrino-sympathiques (Basedow, Addison, Sclérodermie) sont une preuve de la relation qui existe entre leurs fonctions. Quand dans les troubles dystrophiques du tissu cellulaire l'infection ou les toxines ne peuvent pas être soupçonnées d'avoir déterminé les lésions, on doit diriger l'examen vers les organes à sécrétion interne

Les maladies infectieuses antérieures, la syphilis, la tuberculose, prédisposent à des troubles de la sécrétion interne ; il semble en outre qu'il y ait un terrain propre à ces manifestations un „endocrinisme“ comparable à l'arthritisme. Sur un sujet prédisposé naturellement ou par suite d'un affaiblissement pathologique, les troubles endocriniens évoluent. Ceux-ci peuvent relever de plusieurs glandes à la fois, sans prédominance marquée de l'une d'elles ou bien être attribuables

à l'altération primitive d'une glande déterminée, suivie des lésions secondaires d'une ou plusieurs autres; on a donné le nom de syndrome pluriglandulaire à l'ensemble de ces manifestations.

La localisation de la cellulite peut-elle relever de la glande atteinte? — Dans les manifestations abdomino-pelviennes, où l'infection peut être écartée, chez un sujet n'ayant pas de tare arthritique, on est en droit de penser à une lésion des ovaires. Mais il est bien difficile de dire la part qui revient à cette glande, car nous savons l'influence que le thyroïde exerce sur elle, en produisant l'aménorrhée, l'atrophie testiculaire ou hypertrophie mammaire. Le thyroïde et l'ovaire paraissent intervenir simultanément dans les dystrophies à localisation, thoracique supérieure ou abdominale. D'un autre côté le rôle de l'ovaire sur le thyroïde à la puberté ou pendant la grossesse, confirme les liens qui unissent les deux systèmes glandulaires. S'il est bien difficile de dire à quelle glande revient telle ou telle localisation, on pourra cependant soupçonner l'une d'entre elles dans certains cas.

La synergie de l'hypophyse avec les autres glandes et l'influence qu'elle exerçe sur elles, peut faire penser qu'elle commande la pathogénie de toutes les sécrétions endocriniennes; si leur mécanisme est encore obscur, il n'en est pas moins certain qu'elles agissent dans les lésions dystrophiques du tissu cellulaire, comme dans le syndrome de Basedow, l'acromégalie ou la maladie d'Addison. C'est par un trouble de leur sécrétion interne, qu'il y ait hyper ou hypo-fonction, qu'elles interviennent; on a prêté à leurs sécrétions un rôle dans la destruction des toxines de l'organisme et leur suppression viendrait enrayer le processus de défense qu'elles lui fournissent. Dans les cas d'hyperfonction

la sécrétion de la glande deviendrait elle-même nuisible et attaquerait les cellules nerveuses. Toutes ces idées, combattues par les uns, défendues par les autres n'ont encore abouti à aucune donnée précise; mais il semble ressortir que les lésions nerveuses sont constantes sous forme de névralgies ou de névrites; elles ont pour conéquence une réaction du tissu cellulaire aboutissant à sa dystrophie.

En somme le rôle du terrain, avec prédisposition à l'arthritisme ou à l'endocrinisme, la réaction que chaque individu oppose aux facteurs pathologiques, l'âge et l'état physiologique (grossesse, ménopause) sont des notions qu'il faut placer au premier plan. Sous des influences variées la circulation, le système nerveux, seuls ou associés aux sécrétions internes, peuvent réaliser par des facteurs mécaniques, infectieux ou toxiques toutes les manifestations dystrophiques du tissu cellulaire.

CHAPITRE VI

Pronostic et traitement

L'évolution des lésions dystrophiques du tissu cellulaire dépend de l'état général autant que de la lésion elle même. Le pronostic n'est jamais directement fatal. Il est plus ou moins bénin suivant la forme; des nodosités rhumatismales ayant déterminé une cellulite périnodulaire qui cédera en quelques jours ne peuvent pas avoir les mêmes conséquences qu'une cellulite diffuse et douloureuse comme dans le cas de l'Obs. I.

Si la douleur est attribuée à une névralgie le pronostic sera favorable, elle disparaîtra sous l'influence d'un traitement approprié; au contraire, en présence de lésions de névrite plus rebelles, plus tenaces on pourra être moins optimiste. Le traitement symptomatique de la douleur sera dans quelques cas le seul à mettre en pratique.

Traitement étiologique. — Comme thérapeutique générale on peut envisager d'abord un traitement étiologique celui de la toxi-infection causale. Dans les cas où l'on soupçonne le rhumatisme ou la syphilis on aura recours à la médication spécifique de l'un ou de l'autre.

Toutefois, malgré les heureux résultats obtenus avec le salicylate, le traitement étiologique n'a le plus souvent que peu d'indications.

Traitement opothérapique. — L'opothérapie qui a pour but de remédier à l'hyperfonction d'un organe est efficace dans des cas de myxœdème et donne des résultats satisfaisants dans les troubles du tissu cellulaire. Les extraits de glandes ont une action substitutive ou auto-restauratrice qui peut remplacer ou stimuler la fonction de celle qui est atteinte. Ces extraits, dont l'action a été très contestée, agissent comme tout médicament organique, par une force pharmaco-dynamique propre à chacun d'eux. On sait que l'extrait hypophysaire accélère le travail de l'accouchement ou précipite les mouvements de l'intestin. Dans les manifestations cellulitiques qui relèvent d'une altération glandulaire ou de troubles fonctionnels multiples, on opposera souvent avec succès une opothérapie associée. Les extraits complexes sont en général mieux tolérés que leur emploi individuel; mais on ne doit pas ignorer qu'une thérapeutique opothérapique intempestive n'est pas sans inconvénients; il faut en conséquence être prudent dans l'emploi des doses et agir progressivement.

Les glandes endocrines qui ont la particularité d'amener une perturbation dans le tissu conjonctif sous-cutané et dont les lésions se manifestent fréquemment par de l'adipose sont le thyroïde, l'ovaire et l'hypophyse. Un extrait associé de ces trois glandes sera donc indiqué dans les dystrophies cellulitiques. On a proposé de donner les extraits isolés par périodes successives, un jour du thyroïde, le lendemain de l'hypophyse; d'autres préfèrent se limiter à un seul médicament et emploient l'extrait de l'une ou l'autre d'après

la localisation. Nous avons vu que le siège des manifestations pathologiques n'était pas constant pour une même glande. Nous croyons préférable l'emploi d'extraits associés; l'utilisation d'extraits secs dosés, est aujourd'hui d'une grande commodité.

Traitement chirurgical. — Le traitement chirurgical pourra être tenté dans quelques cas d'hyperfonctionnement de la glande, ou de tumeur développée à son dépens. Nous avons relaté déjà le résultat obtenu par Froehlich, qui pratiqua l'ablation d'une tumeur de la glande pituitaire et fit disparaître les manifestations dystrophiques du tissu cellulaire dont son malade était affligé.

Si l'ablation des ovaires guérit souvent l'osteomalacie par exemple, il semble possible que l'intervention sur l'organe glandulo-vasculaire provocateur de l'hyperplasie cellulaire, puisse aboutir à des résultats satisfaisants.

Radiothérapie. — La Radiothérapie a donné des améliorations et produit l'arrêt de l'évolution de certains cas d'acromégalie. Le thyroïde et l'ovaire subissent facilement l'action atrophiante des rayons X; on les utilise dans le traitement du goître exophtalmique; les autres manifestations pathologiques, produites par lésion de la même glande, dans le territoire sous-cutané seraient passibles du même traitement; nous n'avons pas trouvé dans la littérature de cas où cette thérapeutique ait été tentée. L'hypophyse, accessible aux rayons, pourra être traitée directement quand on supposera qu'elle est le siège des lésions originelles. On a déjà tenté (Mr Béclère) l'emploi de la radiothérapie sur cette glande qu'on avait cru longtemps inaccessible

aux rayons X. Dans quelques cas cette thérapeutique est appelée à rendre des services aux malades atteints de troubles d'origine glandulaire.

Kinésithérapie. — On cherchera un traitement curatif dans le massage et les frictions. Cette thérapeutique locale a pour bnt de libérer les nerfs des tissus œdématies ou en voie de sclérose qui les entourant. Les massages par les méthodes de Thur Brandt ou Stepfer ont pour princige l'excitation des terminaisons nerveuses. Dans les formes généralisées, ils conseillent de pétrir les masses adipeuses pour essayer de reduire les noyaux primitifs de la cellulite.

Le massage doit être doux et progressif dans les régions douloureuses. Ce traitement est d'autant plus profitable qu'on l'utilise en même temps que l'hydrothérapie.

Hydrothérapie. — Nous avons en France des stations thermales qui répondent à la majorité des cas de cellulite suivant les formes. Les malades uricémiques bénéficieront du traitement de Vittel ou de Contrexéville. Les gras, les obèses et les pléthoriques trouveront à Brides, des eaux décongestionnantes, laxatives, accroissant l'activité des échanges. Les mêmes malades très souvent atteints de troubles de la fonction hépatiques pourront suivre à Vichy et à Châtelguyon un traitement qui aura pour but la régularisation des sécrétions et une diurèse abondante. Mais c'est à Néris que nous enverrons les cellulites douloureuses; les malades y trouveront des eaux hyperthérmales (52° et 53°), alcalines et riches en carbonates métalliques, dont l'action sur les affections rhumatismales chroniques et les névrites est souvent couronnée de succès. A La-

malou et à Uriage ceux dont on soupçonnera les antécédents spécifiques.

Les eaux sulfatées calciques (Dax) qui ont un pouvoir diurétique et une action solubilisante puissants, seront conseillées dans tous les cas de cellulite chronique; on leur associera les massages, et les bains de boue. A Bagnolles de l'Orne le traitement surtout externe, bain de température, sera profitable aux ralentes de la nutrition qui présentent de la cellularie par stase.

OBSERVATION (personnelle)

Université de Strasbourg

Clinique Médicale de Mr le Prof. BARD

Nom: Z.
Prenoms: Magd.
Etat civil: mariée.
Profession: autrefois débitante.
Age: 58 ans.
Diagnostic: Cellulite douloureuse généralisée
Infiltration des ligaments périvertebraux.

Antécédents

Héréditaires: sans particularité du côté paternel. Sa mère est morte au cours de sa ménopause, sans précision sur la maladie qui détermina la mort, on sait qu'elle dura 15 jours

Personnels: Pas de maladie d'enfance grave. Reglée à 14 ans régulièrement, règles durant 8 jours; la période men-

struelle s'accompagnait de crampes et douleurs lombaires. Elle se marié à 28 ans. Son mari vit encore en bonne santé. A eu deux enfants le premier mort-né, le second mort à 28 ans au cours de la guerre en 1917.

Malades antérieures: à l'âge de 20 ans, entérite bénigne. A 35 ans, affection du système nerveux caractérisée par des bourdonnements d'oreille, éructations, grandes frayeurs; la malade avait craint de devenir folle. Traitement: Hydrothérapie et Bromure. Guérison complète.

A 40 ans: Grippe ayant duré trois semaines.

Depuis 1917 la malade a de grosses varices, un peu d'œdème des membres inférieurs surtout à gauche aprés la moindre fatigue. Ménopause à la fin de la 56e année. Elle commença à engraisser à partir de la moment là.

Maladie actuelle: En novembre 1920 en bonne santé, faisait des courses en ville quand elle eut peur d'une auto qui faillit la renverser. Elle s'arrêta brusquement et resta clouée sur place par une douleur vive dans la jambe gauche. On dut l'emporter.

Toutefois les jambes n'étaient pas enflées mais elle ressentait une vive douleur dans la jambe gauche, douleur qui céda à l'application de compresses chaudes. Elle prit aussi quelques bains électriques.

En mai 1921 douleurs vives dans la hanche gauche. On pensa à une sciatique; traitement par des bains de boue; sans aucune amélioration. — Envoyée à Morsbronn (source thermale des Vosges) Bains à 35° et 40° pendant trois semaines. Grande amélioration, elle marchait ensuite; les douleurs avaient disparu. En septembre 1921, elle heurta un seau d'eau ressentit une vive douleur dans la cuisse gauche et dans région lombaire gauche. Traitée de nouveau par compresses chaudes. Elle retourna à Morsbronn. — Etant couchée un soir, elle fit un violent effort avec ses muscles du cou et ressentit un craquement et une très vive douleur dans la région postero-latérale droite du cou.

La déglutition devint péuible, les aliments ne passaient qu'avec de l'eau. — Les moindres mouvements de la tête étaient très douloureux. — A partir de ce moment les cuisses deviurent énormes, l'abdomen volumineux — par une progression semblable l'impotence fonctionnelle augmentait de jour

en jour. — Elle ressentait de vives douleurs un peu partout. Elles se sont localisées à la cuisse gauche, à la nuque et à la région occipitale.

Etat actuel. — Au premier coup d'œil, ce qui frappe, c'est l'immobilité de la tête qui est figée dans son attitude. Le visage est rouge, les muqueuses normalement colorées. Le cou n'est pas symétrique, beaucoup plus large à droite. L'abdomen est volumineux, flasque. Les jambes sont énormes et cette infiltration est dense au point de ne pas pouvoir plisser facilement la peau entre les doigts le tissu cellulaire sous-cutané est le siège de vives douleurs particulièrement au niveau de la cuisse droite. Douleurs au niveau des dernieres vertèbres lombaires, douleurs épicrâniennes très vives, quand on veut faire glisser la peau sur lé crâne ou si l'on touche aux cheveux de la malade. Douleurs dans les plans profonds des masses graisseuses quand on les palpe, on n'y trouve pas de nodosités.

Examen :

appareil circulatoire

signes fonctionnels : s. p.

signes physiques : cœur : bruits normaux, pas de souffle, matité normale.
pouls regulier, bien frappé, radiale assez souple.
aorte et gros vaisseaux du cou : sp.

appareil digestif :

signes fonctionnels : nausées sans vomissements.
selles régulières, normales.
appetit conservé, mais déglutition pénible.

signes physiques : ne révèlent rien.

appareil respiratoire

signes fonctionnels : pas de Hyspuée.
pas de toux.
pas d'expectoration.

signes physiques : un peu d'emphysème à droite.
pas de râles, pas souffles.

système nerveux : Réflexes normaux : Rotulien.
Cutané plantaire.
Cutané abdominal.

Pupilles égales,
pas de nystagmus, accomodation L et D.

Examen des urines :
albumine = 0
sucre = 0
urobiline = 0

Nous sommes en présence d'une cellulite diffuse. On donne 6 grammes d'antipyrine par jour dans l'eau bicarbonatée, pendant 4 jours. En outre on administre de l'extrait polyglandulaire pendant 15 jours à la dose de 3 puis 4 paquets à 0 gr 25 par jour. La malade voulut rentrer chez elle; elle sort le 28 mars un peu améliorée, les douleurs sont moins vives.

Il est probable que l'attitude rigide particulièrement nette de la nuque est due à une infiltration des ligaments perivertrébaux. Quand à la tuméfaction cervicale, il ne s'agit pas de rupture du sternocleido-mastoidien, ni de contracture, il n'y a pas de déviation de la tête; il y a infiltration du tissu cellulaire.

D'autre part quand on palpe les masses graisseuses des cuisses, la malade éprouve une très vive douleur. On ne sent pas de noyaux dans les masses adipeuses mais leur mobilisation réveille la douleur. Depuis le traitement la douleur n'est plus spontanée. Faut-il établir un rapport entre la ménopause et le commencement des phenomènes d'adiposité, le goître dont le volume s'est augmenté depuis quelques semaines est il en rapport avec les lesions? Peut on expliquer les douleurs par des lesions de névrite ?

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de Mr le Docteur Paul BLUM)

Mme L.
Agé: 30 ans.
Etat civil: mariée.
Profession: s. p.

Antécédents

Père et mère consanguins, n'ont jamais été malades. — Frères et sœurs: 1 sœur âgée de 23 ans atteinte d'une grosse obésité. — 1 sœur a des crises d'urticaire géant, périodique.

Antécédents personnels

Ne se souvient pas avoir eu de maladie dans son enfance Jamais de maladie grave; reglée à 15 ans environ, règles irrégulières. Pas de fausse-couche, pas d'enfant. Mari en bonne santé.

Etat actuel

L'état général est bon. Cette femme vient consulter uniquement pour la difformité de son train postérieur et l'augmentation de volume de ses membres inférieurs. On constate: tête et cou sans particularité; thorax anormal, c'est le buste d'une jeune fille, les seins ne sont pas développés, ils sont coniques; les bras sont grassiles, la taille est fine, mais par contre toute la région abdomino-pelvienne est très développée; les membres inférieurs sont démesurément gros. Tous les plis articulaires normaux ont disparu; le tout forme un large manchon adipeux de la racine des cuisses jusqu'aux pieds. Ces masses graisseuses sont resistantes au palper, peau d'orange quand on la plisse. On remarque des varices et un trouble dans la circulation se manifeste par plaques sous-cutanées.

La malade se plaint en outre de l'irrégularité de ses règles; mais en dehors de ce symptôme et de l'aspect peu esthétique sous lequel elle se présente, on ne relève aucun trouble.

Les différents appareils: circulatoire, respiratoire, urinaire et nerveux ne présentent pas d'altération fonctionnelle et les signes physiques ne révélent rien de très particulier. L'examen radioscopique ne fournit pas de renseignements.

Cette malade qui présente des troubles dystrophiques du tissu cellulaire, avec des signes d'insuffisance ovarienne, est atteinte d'une cellulite à type inférieur, probablement d'origine glandulaire (ovaire).

Le traitement est institué comme suit:

Iode métalllque 0 gr 06 centigr.
Extrait de thyroïde 0 gr 05 centigr.
„ d'hypophyse 0 gr 03 ceutigr.
„ d'ovaire 0 gr 30 centigr.

pour un cachet N° 20 prendre un cachet tous les matins.

Traitement externe: par les massages et les bains salés (6 kg de sel par bain).

Au bout de 3 mois l'amélioration est très marquée, les masses adipeuses ont considérablement diminué. La circonférence des cuisses a régressé de 6 centimètres; celle des mollets a diminué de 3 centimètres. Mais à partir de ce résultat sensible, l'état semble rester stationnaire. A ce moment la malade est heureuse d'apprendre qu'elle est enceinte (c'est la première grossesse depuis 8 ans de mariage). Le traitement interrompu, le résultat acquis se maintient; la grossesse se termine et quelques mois après la malade recommence le traitement.

Conclusions

1° Le tissu cellulaire réagit sous l'influence de causes morbides très disparates en s'hyperplasiant avec ou sans lésions inflammatoires surajoutées. Dans le premier cas il s'agit dé cellularie, dans le dernier de cellulite.

2° Cette dystrophie du tissu cellulaire affecte des localisations variées, qui ont donné l'illusion qu'il s'agissait d'autant de maladies différentes décrites sous les noms de maladie de Dercum, syndrome adiposo-génital de Fröhlich, adénolipomatose de Launois et Bensaude, cellulite rhumatismale, lipomatose généralisée ou segmentaire, lipomatose douloureuse symétrique, œdème fibro-plastique, cellulite pelvienne, pseudo-rhumatisme éléphantiasique de Mathieu.

3° En réalité tous ces syndromes traduisent une réaction du tissu cellulaire sous l'influence de causes toxiques, infectieuses, nerveuses, diathésiques ou endocriniennes. La pathogénie de ces états pathologiques est aussi variée que celle des rhumatismes; tout se passe comme si, les causes agissaient avec prédilection sur le tissu cellulaire dans le premier cas et sur les séreuses dans le second; souvent même il y a association des deux ordres de lésions.

4° Les formes cliniques de cette dystrophie cellulaire dépendent des causes pathogéniques et de la localisation, la première intervenant souvent pour déterminer la seconde.

5° Il existe une forme nodulaire: nodosités rhumatismales cellulitiques; une forme généralisée: cellulite diffuse (cas de l'observation N° I), une forme supérieure: type lipomatose scapulo-thoracique, une forme abdomino-pelvienne: type adiposo-génital de Fröhlich; une forme inférieure: lipomatose segmentaire rhizomélique des membres inférieurs (ou type de l'observation N° II).

6° Les localisations ne sont le plus souvent que l'exagération en quantité, du tissu cellulaire qui existe normalement dans certaines régions et dont la présence est déterminée par des raisons physiologiques.

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg:
S. CHARLÉTY.

Vu: le Doyen: G. WEISS.

Vu: le Président de la thèse: L. SENCERT

Bibliographie

Achard — Pathologie de l'œdème. Journal médical français 1914.

Arthus — Précis de Physiologie. Masson, éditeur, 1920.

Alquier, L. — Revue de Médecine. Les œdèmes par larrage lymphatique. Janvier 1922.

Blindmann — Formes de lipomatose symétrique — Th. de Paris, 1914.

Bouillaud — Traité de nosographie médicale. Rhumatisme musculaire.

Bouvier — Thèse de Lyon 1914. Les obesités glandulaires chez les enfants.

Bernard — Société médicale. 28 Juin 1907.

Burr, Ch. — The journal of nervous and mental deseases. Avril 1900.

Carducci — Il policlina seziona pratica. 1901.

Costaigne et Paillard — La maladie de Quincke.

Courtois-Suffit — Œdème aigu de la peau. Gaz. des Hop. 1890.

Cheinisse — Adipose consécutive à l'ablation des ovaires chez femme de 26 ans.

Davaine — Etude sur le rhumatisme.

Dieulafoy — Manuel de Pathologie interne.

Erben — Klinische Untersuchungen über Muskelrheumatismus.

Ferraud — L'adipose douloureuse segmentaire rhizomélique. Th. de Paris 1911.

Fulconis, L. — Malade de Decrum et lipomatose douloureuse. Th. de Lyon 1904.

Fressineau — Contribution à l'étude de l'adipose douloureuse. Th. de Bordeaux 1905.

Froehlich — Société des Médecins de Vienne 1909.
Glorieux — Volumineux œdème de l'avant-bras et de la main. Revue de Neurologie 1910. p. 242.
Gallais — Le syndrome génito-surrénal. Th. de Paris 1912.
Gilles de la Tourette — Les œdèmes hystériques (Traité de l'Hysterie).
Hauriot — Contribution à l'étude d'une des manifestations de l'arthritisme; la cellulite. Th. de Paris 1913.
Hogner R. — Medical times and registor 1896 (25 avril).
Houée — Contribution à l'étude de la maladie de Dercum Adipose douloureuse généralisée. Th. de Paris 1904.
Haskowec (de Prague) — Revue de Neurologie 1906.
Huchard H. — Nouvelles consultations médicales. Baillére 1904.
Juventin — Le massage appliqué au traitement des maladies par ralentissement de la nutrition.
Joffne — De l'adipose douloureuse sans troubles psychiques marqués. Th. de Paris 1907.
Lambling — Précis de Biochimie. Manon 1920.
Loeper et Laubry — L'œdème, Revue générale. Gazette des Hopitaux 12 et 19 Nov. 1904.
Marin — Les Cellulites pelviennes. Th. Bordeaux 1902.
Meige — Nouvelle Iconographie de la Salpêtriere. 1889.
Miguel — Valeur nosologique de l'adipose douloureuse. Th. de Paris 1901.
Morot et Gallois — Bourgogne médicale. Tome 5, 1894.
Mathieu — Œdème rhumatismal symétrique des membres inférieurs et de l'abdomen.
Mathieu et Weil — Etude sur certains œdèmes névropathiques. Archive de Médecine 1885.
Merklen — Revue générale de clinique. 17 mars 1900.
Norström — Traité de massage. 1891.
Perrin — Contribution à l'étude des Polynévrites. Th. de Nancy 1902.
Potain — Anasarque de causes nerveuses. Gaz. du Hop. 1882.
Péré — Des lipomes intramusculaires dans les muscles de la mède relation. Th. de Bordeaux 1908.
Pin — Neurofibromatose généralisée. — Th. de Montpellier 1916.

Poirier — Revue générale et étude critique de la maladie de Decrum. Th. de Montpellier 1910.

Pourquier — Contribution à l'étude du lipome congénital des parties molles — Th. de Montpellier 1906.

Prinet — Contribution à l'étude du syndrome de Dercum adipose douloureuse — Th. de Lille 1907.

Roger et Baumel J. — Polynévrite et œdème. Soc. méd. des sciences de Montpellier. Mai 1912.

Rouyère — Contribution à l'étude de la lipomatose symétrique à prédominance cervicale. Th. de Bordeaux 1915.

Rousselot — Essai sur les relations de la thyroïde et de l'hypophyse. Paris 1909.

Sellerin — Contribution à l'étude de l'adipose douloureuse. Th. de Paris 1906.

Salmon et Ferrand — Gazette des Hopitaux. 1902.

Stapfer — Cellulite et Myocellulite localisée, douloureuse. Annales de Gynéco et d'obst. 1892.

— Manuel de kinésithérapie gynécologique. 1906.

Sicard et Roussy — Société médicale de Hop. de Paris. 1919.

Semaine médicale du 8 juillet 1903.

Testelin — Des œdèmes dans la diathèse arthritique. 1884.

Troisier — Les nodosités sous-cutanées éphémères et le rhumatisme.

Vulpian — Revue de médecine. 1883, mars.

Weill — Contribution à l'étude clinique des œdèmes périphériques d'origine nerveuse.